QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N. ~~72.~~ 12.

Sciences médicales.

Apprécier les caractères de la péricardite.

Sciences chirurgicales.

Des circonstances susceptibles d'aggraver les blessures survenues après l'époque où celles-ci ont été faites.

Anatomie et physiologie.

Des vaisseaux artériels et veineux qui avoisinent le canal inguinal et le canal crural.

Sciences accessoires.

Comment reconnaître si le kermès minéral a été falsifié par du sesqui-oxyde de fer ?

Thèse

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier,

LE 11 AOUT 1841,

PAR C.-M. GIRARDON,

ancien Interne des hôpitaux de Lyon,

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

CHEZ JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

près la Place de la Préfecture, 10.

1841

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

ET

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !...

A MON ONCLE.

Dévouement sans bornes.

C.-M. GIRARDON.

Questions de Thèse tirées au sort.

SCIENCES MÉDICALES.

—

Apprécier les caractères de la péricardite.

La péricardite est l'inflammation aiguë ou chronique de l'enveloppe séreuse du cœur. C'était une chose généralement admise chez les anciens, qu'on ignorait les symptômes à l'aide desquels on pouvait reconnaître la péricardite ; et, en effet, elle ne leur était révélée que par l'ouverture seule du cadavre. Morgagni, le premier, attribua les lésions organiques du péricarde à son inflammation : il a, pour ainsi dire, créé la péricardite.

Malgré les beaux travaux de Corvisart et surtout de Laennec, malgré les savantes recherches de médecins plus modernes, de Latham, Stokes et Hope en Angleterre, de MM. Louis, Bertin, Bouillaud et une foule d'autres en France, le diagnostic de la péricardite n'est pas toujours facile à établir. Corvisart disait que la péricardite très-aiguë passait souvent inaperçue du médecin, et qu'à l'état chronique elle était toujours d'un diagnostic obscur. Laennec affirmait qu'il est peu de maladie plus embarrassante à reconnaître, et que l'on tombe fréquemment dans la double erreur, ou de ne pas soupçonner une péricardite qui existe réellement, ou d'en diagnostiquer une qu'on ne rencontrera pas à l'autopsie. C'est ce qui faisait dire presque sérieusement à Bayle, examinant un malade : *Je croirais presque*

à une péricardite, si les signes observés ne me portaient à en admettre l'existence! Telle était l'incertitude qui régnait sur ce sujet à une époque si rapprochée de nos jours. Est-ce à dire pour cela que cette maladie se devine plutôt qu'elle ne se reconnaît? Je ne le pense pas, et je crois que les erreurs commises tiennent le plus souvent à l'imperfection de nos moyens d'exploration, à une observation incomplète, plutôt qu'à la nature même de la péricardite. Je ne prétends pas non plus que les ressources tirées de la percussion et de l'auscultation soient infaillibles; l'on ne peut pas les regarder comme des méthodes tellement précises, qu'elles conduisent presque toujours à la certitude. De très-habiles praticiens s'y trompent : c'est l'opinion qu'on se forme par la lecture attentive des observations consignées dans les ouvrages des auteurs même les plus récents et les plus justement estimés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'exposer les caractères de la péricardite, commençons par signaler les altérations pathologiques les plus remarquables, non pas que nous pensions qu'on doive toujours y trouver l'explication des troubles fonctionnels observés pendant la vie, mais parce que ces détails en toute autre place interrompraient le cours de notre exposition. Il n'entre pas plus dans notre manière de voir, de subordonner constamment les lésions fonctionnelles aux altérations pathologiques, que de regarder ces produits morbides comme la conséquence ordinaire des symptômes. A l'autopsie, on rencontre différentes lésions qui ne sont pas toujours en rapport, ni avec l'intensité de la maladie, ni avec son ancienneté, ni avec les désordres observés pendant la vie.

L'on trouve le péricarde injecté d'une manière partielle ou générale : l'injection siège dans le tissu cellulaire sous-séreux, c'est le cas le plus commun; ou bien elle existe dans les mailles du feuillet séreux lui-même. Dans la généralité des cas, il y a dans le sac épanchement d'un liquide variable en quantité, en couleur et en qualité : c'est quelquefois une sérosité peu abondante; d'autres fois, au contraire, on en trouve une telle abondance qu'elle déprime le diaphragme et refoule le poumon; elle sera

claire, limpide, citrine, sanguinolente ou louche. Ordinairement, quand la mort n'est survenue qu'à une époque assez avancée de la maladie, de fausses membranes se sont formées; des lambeaux, des flocons albumineux nagent dans le liquide devenu trouble et moins abondant, par suite d'un commencement de résorption. Ces fausses membranes, en s'organisant, ont pris un aspect particulier, qui diffère de celui que présentent les fausses membranes dans les autres séreuses. Ainsi, au lieu d'être lisses et polies, elles sont, au contraire, rugueuses, inégales, aréolées; ce qui les a fait comparer au second estomac du veau, ou à l'apparence que présente le beurre placé entre deux assiettes qu'on a brusquement séparées. Quand elles sont appliquées sur le feuillet du péricarde qui enveloppe le cœur, elles le font ressembler à un ananas ou à une pomme de pin. Si la maladie est passée à l'état chronique, il se forme des plaques cartilagineuses et même osseuses. Enfin, du pus ou du moins une matière purulente sont sécrétés dans quelques circonstances.

Le cœur subit certaines altérations; il semble ramolli, et ses couches charnues les plus extérieures se présentent plus pâles qu'à l'état normal.

Deux ordres de symptômes sont à étudier : les uns locaux, les autres généraux. Commençons par ceux qui nous paraissent les plus importants.

SYMPTOMES LOCAUX.

Douleur locale. La douleur locale est généralement le premier symptôme qui éveille l'attention du malade. Elle se déclare brusquement, elle se fait sentir sous le mamelon gauche; de-là, elle s'irradie en haut vers le médiastin et à l'origine des gros vaisseaux; en arrière, on la ressent entre les épaules. Elle se réveille par la percussion de la poitrine, par les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration, par les efforts de la toux, par une pression exercée de bas en haut vers l'épigastre; son caractère est d'être pongitive, déchirante. Mirabeau, pour peindre l'atrocité de la douleur à laquelle il était en proie, disait qu'il se sentait le cœur étreint par une griffe de fer. M. Bouillaud voudrait expliquer l'intensité si grande de la douleur dans quelques péricardites, par l'inflammation simultanée de la

portion tendineuse du diaphragme sur laquelle repose le péricarde : quelques observations sembleraient appuyer son opinion.

La douleur locale serait donc un symptôme caractéristique, si elle existait constamment; mais elle se rencontre à peine sur la moitié des sujets observés. Nous devons dire qu'elle ne se présente que rarement avec tant d'intensité; le plus souvent elle est sourde et si légère, que le malade ne l'accuse point pour peu qu'il soit doué d'une sensibilité faiblement développée. Enfin, elle manque presque totalement; c'est à peine si le malade éprouve au côté gauche de la poitrine une chaleur concentrée à la région précordiale.

La douleur de la péricardite peut facilement se différencier de celle qui serait produite par un rhumatisme violent, par une névralgie intercostale, à moins d'un examen peu attentif; mais pourra-t-on en dire autant quand il y aura une pleurésie? Comme caractères différentiels, on donne : douleur moins circonscrite dans la péricardite et plus fixe que dans la pleurésie; douleur quelquefois obscure, mais reconnue par une pression suffisante entre les quatrième et cinquième côtes, alors qu'on soutient l'hypocondre gauche et qu'on engage le malade à suspendre sa respiration pour un moment. Enfin, l'on a cru avoir remarqué que la douleur de la péricardite empêche moins de respirer et de s'appuyer sur le côté gauche, que celle de la pleurésie.

Du reste, nous verrons que tous les organes contenus dans la poitrine peuvent être sains, et la péricardite existe cependant à l'état latent. J'ajouterai que, dans la péricardite, la douleur n'est pas toujours superficielle; elle est quelquefois profonde et très-incommode. On n'observe rien de semblable dans la pleurésie, et ce signe pourrait être de quelque valeur dans un cas de diagnostic différentiel douteux.

Percussion. Nous venons de voir que la douleur ne fournissait qu'une présomption plus ou moins fondée. Sans vouloir déprécier la valeur de la percussion et des autres signes matériels ou physiques, je crois que l'on doit se tenir en garde contre l'engouement général dont ils sont entoures aujourd'hui. M. Louis, lui-même, qui a le plus contribué à répandre la percussion, avoue que dans certains cas elle n'est d'aucune utilité. Ainsi,

l'on peut objecter à son importance, et cela avec raison, que souvent la péricardite est compliquée de pleuro-pneumonie, et que dans ce cas la percussion est en défaut, puisqu'il est impossible de savoir si la matité entendue dans la région précordiale est l'effet d'un épanchement dans le péricarde, plutôt que de toute autre cause. Nous pourrions ajouter encore que ce moyen d'exploration n'offre des avantages réels qu'autant que l'épanchement péricardique est considérable ; ce qui n'arrive pas souvent.

Dans les cas faciles, un médecin qui aura la main et l'oreille exercées à ce genre d'investigation, arrivera à un diagnostic précis. Mais faisons remarquer, en passant, que l'on n'invoque réellement qu'après coup les signes physiques, alors qu'il importerait de les avoir déjà reconnus depuis long-temps : raison de plus pour s'attacher aux symptômes généraux qui les précèdent et mettent sur leur voie.

Au début, quand il n'y a encore que douleur, la percussion l'exaspère et n'apprend rien. Quand la collection du liquide commence à se former, on la soupçonne si l'on obtient un son mat ; et pour cela, l'on est obligé de percuter fortement et avec méthode. De très-habiles observateurs restent encore dans le doute. A partir de cette époque, si le malade change de position, le niveau du liquide que l'on avait bien limité changera aussi, et par suite la situation de la matité en fera de même. Il ne faut pas oublier que, dans le cas où le malade se couche sur le côté droit ou gauche, le déplacement du cœur lui-même peut en imposer, et donner à penser que c'est le liquide qui se déplace. A mesure que la quantité de liquide augmente, l'étendue de la matité s'étend dans les mêmes proportions, et le déplacement de la sérosité devient moins sensible dans le péricarde fortement distendu. Dans ce cas, l'on évitera de confondre l'hydro-péricarde avec un épanchement pleurétique, en se rappelant que dans la première de ces deux maladies la matité ne s'étend jamais en arrière à la base du poumon. On conçoit que, s'il y avait un épanchement pleurétique concomitant, la percussion serait impuissante. Si l'on a égard à la rapidité avec laquelle est survenue la matité sur un sujet qui auparavant n'offrait aucun signe de lésion organique du cœur, l'on ne prendra

pas une hypertrophie des ventricules pour une accumulation de liquide dans le péricarde.

Enfin, la percussion fait constater la cessation plus ou moins complète du son mat, selon que la résorption du liquide s'opère avec plus ou moins de rapidité.

Pour nous résumer dans tout ce que nous venons d'avancer sur la percussion, disons qu'elle met en défaut au début de la péricardite, que plus tard elle révèle un liquide dont elle indique à peu près la quantité, que ses preuves sont tardives, qu'elle est parfois difficile, pour ne pas dire impossible, et qu'enfin elle peut induire en erreur, puisqu'elle établit des relations erronées entre la quantité présumée du liquide et la gravité du mal. D'ailleurs, les dimensions et les rapports normaux du cœur ne sont pas toujours les mêmes, et il faut une longue pratique pour tirer de la percussion tous les secours qu'on doit en attendre.

Voussure. C'est encore un autre signe assez douteux sur lequel M. Louis a beaucoup insisté. Si, avant cet observateur, nos devanciers avaient peu fait attention à la saillie que présente quelquefois la région précordiale dans des cas de péricardite avec épanchement, cela tient sans doute à sa rareté, et peut-être aussi à ce que, la maladie étant méconnue ordinairement, on n'examinait pas la poitrine à nu. N'oublions pas non plus que cette saillie pourrait tenir à un vice de conformation, à une disposition morbide antérieure à l'épanchement. L'on sent quelquefois la voussure plutôt qu'on ne la voit; chez les personnes grasses, sur les femmes, on ne la saisit que difficilement. Mais si elle est très-prononcée, si son développement a été rapide, elle indique une collection de liquide plutôt que la dilatation du cœur, qui ne procède que lentement sans jamais atteindre même au développement. Les espaces intercostaux s'écartent, et si le sujet est maigre, on les voit de la manière la plus distincte se combler progressivement, puis faire saillie; les côtes elles-mêmes semblent céder à l'effort du liquide qui les repousse à l'extérieur. C'est au niveau des ventricules que la voussure est plus manifeste : l'étendue qu'elle peut acquérir en hauteur, en largeur et verticalement, varie beaucoup.

L'auscultation, quoique plus nouvellement appliquée que la percussion

au diagnostic des maladies de poitrine, est un précieux moyen de contrôle de cette dernière, sans que pour cela elle lui enlève rien de son prix; elle surprend, pour ainsi dire, les symptômes de la péricardite dès leur début, et les suit dans leur marche ascendante et décroissante.

Par l'emploi de l'auscultation, Laennec avait déjà reconnu le bruit de cuir neuf, dont M. Collin s'est depuis attribué la découverte, et pendant quelque temps il avait pensé qu'on pouvait le regarder comme un signe de péricardite. Ce bruit mériterait l'importance qu'on a voulu lui donner, s'il n'était pas si rare, et si, quand il existe, sa durée était moins passagère : il semble être causé par le froissement de la séreuse desséchée et enflammée. D'autres disent qu'on ne l'entend que dans la péricardite chronique, alors que les fausses membranes sont tiraillées.

L'on entend quelquefois divers autres bruits qui sont communs aux affections du cœur et à l'inflammation du péricarde, tels que ceux de soufflet, de frôlement, de scie, de râpe, etc.

Dans la péricardite, le bruit de soufflet est attribué à la compression que le cœur éprouve, ou aux caillots qu'il renferme, ou à l'œdème des valvules. Celui de frôlement très-léger semblerait appartenir à cet état particulier de la séreuse, où ses feuillets opposés sont, suivant M. Bouillaud, secs, comme poisseux et commençant à se recouvrir de fausses membranes.

Ces différents bruits ont quelquefois fait soupçonner des adhérences du cœur et du péricarde; mais il n'est permis de rien certifier, car l'autopsie a trop souvent démontré la présence de ces lésions, sans que le moindre trouble de la circulation les eût accusées pendant la vie. Si l'on pratique l'auscultation quelques jours avant la mort, pendant l'agonie du malade, on risque de tomber dans l'erreur en se fiant aux résultats qu'elle donne : à cette époque, en effet, tout bruit anormal peut avoir disparu.

On reconnaîtra que les bruits anormaux sont produits par une lésion organique du cœur, quand on les entendra superficiellement; ils semblent se passer immédiatement sous l'oreille, principalement lorsque la pointe du cœur se rapproche de la paroi thoracique; enfin, ils ont plus de retentissement et sont moins bornés. Dans la péricardite, au contraire, les

bruits arrivent faibles et lointains, surtout si l'épanchement est considérable. De ce que les battements sont obscurs, incertains, faut-il en conclure que cela tient à l'augmentation de l'espace qui existe naturellement entre le cœur et les parois de la poitrine, plutôt qu'à l'excès d'épaisseur de ses propres parois par les fausses membranes dont il est revêtu? Ajoutons comme nouvelle présomption que les bruits bornés à la région précordiale indiquent qu'ils se passent dans le péricarde. M. Piorry conseille beaucoup la mensuration de la poitrine. Je ne fais qu'indiquer ce moyen, qui n'a pas assez de valeur par lui-même pour nous arrêter.

Si l'auscultation a révélé des bruits variés, la simple inspection suffit souvent pour les reconnaître, quand ils sont assez forts pour soulever la poitrine à l'endroit où le cœur frappe; cela ne fait pas reconnaître le siége de la lésion.

En appliquant la main sur la région précordiale, l'on peut juger du degré d'impulsion dont le cœur est doué: l'on sentira le frémissement cataire ou le frémissement vibratoire attribués au frottement des membranes rugueuses; mais on ne sera pas plus avancé dans la connaissance du siége. Que dire de la fluctuation perçue entre deux côtes par le malade ou le médecin, et qui était le signe pathognomonique des anciens?

Si donc la douleur locale, le toucher, la percussion et l'auscultation nous ont laissé quelque chose à désirer sous le rapport de la certitude des signes qu'ils révèlent, que faut-il penser des signes rationnels trop insuffisants? Nous verrons cependant qu'ils ont un avantage réel sur les symptômes locaux, pour établir un diagnostic que l'on pourrait qualifier de médicale.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Fièvre. A l'état subaigu ou latent, la péricardite sera sans fièvre, tandis qu'à l'état aigu le pouls présentera des modifications remarquables, les battements artériels seront tantôt forts ou faibles, lents ou vites, réguliers, intermittents; souvent un pouls faible, petit contrastera avec des bruits violents et tumultueux du cœur; mais on n'observe pas cette irrégularité du pouls graduellement décroissante attribuée à la péricardite par

Corvisart. Comme toutes ces diverses modifications peuvent se présenter non-seulement pendant le cours de la maladie, mais encore à chaque instant du jour. Le médecin devra renouveler fréquemment ses explorations pour s'assurer du fait qui n'a sans doute qu'une valeur relative, mais dont il pourra tirer parti dans les cas douloureux.

L'on peut en dire autant des palpitations qui cessent et reviennent à la moindre émotion, au moindre mouvement ou qui sont continuelles et fort incommodes aux malades, quoi qu'en dise M. Louis, qui pense que les auteurs n'en ont pas parlé parce qu'elles attirent peu l'attention du patient. Du reste, elles n'ont rien de caractéristique et appartiennent à toutes les maladies du cœur.

Respiration. Une oppression, une dyspnée insupportables accompagnent constamment la péricardite ; mais, quel que soit leur degré, comme on les observe avec toutes leurs nuances dans les autres maladies de poitrine, on ne saurait en faire un signe caractéristique ; si néanmoins elles survenaient tout-à-coup, sans aucun signe d'affection pulmonaire, elles ne seraient pas sans valeur. Quelques malades, affectés de péricardite, présentent deux espèces de dyspnée : l'une, continue et causée par la compression du poumon ; l'autre, qu'on pourrait appeler nerveuse, parce qu'elle revient par accès pendant la nuit principalement. Le matin, quand le malade vous dit qu'il a été oppressé, on fait peu attention à cela parce qu'on est habitué à ses plaintes, et on ne lui demande pas comment cette oppression est venue, comment elle a cessé, et ce qu'il a éprouvé. Ce fait, bien observé, pourrait être de quelque poids pour le diagnostic des cas difficiles.

Le malade est dans une agitation continuelle ; il recherche l'air frais avec avidité ; sa face est pâle, grippée, elle exprime l'anxiété et un sentiment de terreur indéfinissable. Comme il est menacé de fréquentes suffocations, il se tient presque toujours sur son séant, les jambes en dehors du lit et pendantes ou appuyées sur une chaise. L'on observe quelquefois sur les traits du visage des mouvements spasmodiques et comme convulsifs, une espèce de rire sardonique. C'est par une rare exception que la pommette gauche est plus injectée que la droite ; les

joues sont bouffies, livides ; les yeux gonflés et saillants en dehors des orbites ; les lèvres tuméfiées, bleuâtres, laissent quelquefois baver la salive. Dans cet état d'angoisses, les narines se dilatent et se resserrent alternativement avec fréquence ; la respiration est accélérée, haute, entrecoupée de soupirs, de hoquets. La marche devient impossible ; le moindre mouvement un peu brusque dans le lit amène des syncopes ; il survient un délire léger ou violent, durable ou momentané ; une insomnie cruelle tient éveillé le malheureux qui invoque la mort. Des épistaxis, des crachats sanguinolents se montrent dans les derniers jours ; et si cette scène de souffrance se prolonge quelque temps, les extrémités se refroidissent, s'infiltrent, la peau se couvre d'une sueur froide ; comme dans tout obstacle considérable à la circulation et à la respiration, le côté malade de la poitrine, ainsi que le membre thoracique, seront plus tuméfiés ; enfin, le malade rend le dernier soupir ; souvent la mort arrive dans une syncope, la présence d'esprit s'étant conservée jusqu'au dernier moment.

Une toux sèche par quintes, indépendante de toute irritation locale, incommode souvent le malade. Il s'en faut que les choses se passent toujours ainsi : des péricardites mortelles ont à peine été accompagnées d'un léger sentiment d'oppression. Des différences si notables dans la marche d'une même maladie peuvent quelquefois s'expliquer par la complication d'une affection concomitante. On a voulu rattacher l'intensité de l'oppression à la plus ou moins grande quantité de liquide épanché, aux concrétions rencontrées dans le cœur, etc. ; mais, je le répète, l'anatomie pathologique ne donne pas la raison des troubles fonctionnels observés sur le sujet vivant.

Digestion. Comme dans toute maladie grave avec réaction fébrile, les fonctions digestives seront troublées : ainsi, l'on observera des malaises après les repas, des pesanteurs d'estomac, ou bien de l'inappétence, de la soif, des vomissements, etc. Tout cela ne prouvera pas que le péricarde est enflammé.

En ajoutant à l'ensemble des phénomènes locaux et généraux déjà signalés quelques particularités plus spéciales à la péricardite qu'à toute

autre maladie de poitrine, telles que lypothymies fréquentes, sommeil brusquement interrompu, sentiment de compression sur le cœur par un corps étranger, flot de liquide dans lequel un malade sent nager son cœur, il nous restera peu de doute sur l'existence d'une péricardite si bien caractérisée.

Mais, disons-le en terminant, ces symptômes, qui, par leur ensemble et leur manifestation pleine et entière ont tant de valeur, n'acquièrent leur complet développement que d'une manière exceptionnelle, et pour ainsi dire dans les livres seulement. Que de difficultés imprévues rencontre au lit du malade l'observateur le plus expérimenté ! L'on a vu des péricardites qui ne s'accompagnaient ni d'épanchement ni de douleur, et cependant il y avait une fièvre violente et tous les autres symptômes que nous avons signalés. C'est lorsque la percussion et l'auscultation ne fournissent que des données équivoques, que le praticien sentira la nécessité d'approfondir l'étude de ces symptômes pour suppléer à l'insuffisance des signes physiques auxquels on accorde aujourd'hui trop de confiance.

Parmi ce dernier groupe de symptômes, les uns n'ont rien de caractéristique et procèdent de la réaction générale : tels sont la fièvre, l'oppression, la soif, l'exercice ; les autres indiquent une gêne dans la circulation, un éréthysme tout spécial du système nerveux, tels que l'œdème, l'aspect du visage, la dyspnée par accès nocturnes, la toux quinteuse, etc. C'est en les réunissant avec méthode, en les opposant, en procédant par exclusion à l'égard des maladies analogues à la péricardite, en comparant enfin l'énergie des battements du cœur avec la faiblesse du pouls, *et vice versâ*, que l'on crée un ensemble suffisant de signes assez clairs pour indiquer une péricardite que des symptômes locaux trop obscurs ne révéleraient pas au praticien. Si nous nous attachons à faire ressortir l'importance réelle des symptômes généraux, c'est qu'il nous semble que les découvertes modernes ont répandu sur eux un discrédit peu mérité. Si l'on apportait à leur étude plus de soin qu'on ne l'a fait communément, s'ils étaient mieux appréciés et interprétés, ils rendraient des services éminents, et l'on éviterait souvent de fâcheuses méprises. En s'aidant des deux ordres de symptômes sans esprit de système, l'on ne confondra pas

avec la péricardite une pleurésie locale et circonscrite, une pneumonie lobulaire, une péricardinie, une cardite; et aujourd'hui un chirurgien ne serait pas excusable si, comme Desault, il ouvrait un abcès du médiastin pour un épanchement dans le péricarde.

SCIENCES CHIRURGICALES.

(Médecine légale.)

—

Des circonstances susceptibles d'aggraver les blessures, survenues après l'époque où celles-ci ont été faites.

En médecine légale, on entend par blessure tout désordre occasionné dans nos organes par des agents extérieurs, d'une manière mécanique ou chimique : ainsi, une lésion résultant de l'application d'un corps en ignition ou de l'action d'un acide fort, sera une blessure aux yeux du législateur qui a employé indistinctement les mots blessures, coups, violences, etc.

Dans l'accomplissement consciencieux de son devoir, le médecin appelé en témoignage ne doit pas être retenu par la crainte d'aggraver la punition du coupable. Mais, si dans le pronostic qu'il porte sur la blessure du plaignant il montre son impartialité, il doit aussi signaler avec le même soin toutes les circonstances qui ont influencé d'une manière plus ou moins fâcheuse une lésion qui, sans cela, aurait marché plus rapidement vers la guérison ou n'aurait pas eu une terminaison fatale.

Les blessures volontaires sont classées suivant qu'elles entraînent une incapacité de travail de moins de vingt jours, de plus de vingt jours, ou enfin, suivant qu'elles causent la mort : la peine est graduée selon le plus

ou moins de gravité, tandis que la loi n'établit que de légères modifications, suivant les résultats d'une blessure involontaire.

Enfin, il est une autre considération à garder : c'est que l'incapacité de travail sera jugée par l'expert, en ce sens qu'il s'agit de la détermination du temps nécessaire pour faire rentrer la partie malade dans les conditions de l'état de santé, et sans avoir égard à la profession de l'individu blessé.

Une légère blessure est faite; si rien ne s'oppose à sa guérison, le malade pourra travailler avant vingt jours; mais une circonstance malheureuse survient, elle est indépendante de la volonté du coupable, et la blessure met plus de vingt jours pour sa cicatrisation. L'auteur de la lésion ne peut pas être responsable des conséquences indépendantes de sa volonté, et c'est au médecin à faire connaître la circonstance qui atténue la punition du coupable.

Nous aurons à signaler comme circonstances susceptibles d'aggraver une blessure, survenues après l'époque où celle-ci a été faite :

1° Celles qui dépendent du blessé lui-même ;

2° Celles qui dépendent de ceux qui l'environnent ;

3° Enfin, celles qui proviennent du monde extérieur.

L'on sait que certains malades ont une telle négligence d'eux-mêmes, que leur blessure ne peut guérir que dans un espace de temps double ou triple de celui qui serait nécessaire pour la guérison chez toute autre personne. Un individu reçoit une contusion à la jambe; il continue à marcher et à travailler comme auparavant, et le mal empire par la fatigue, les frottements répétés et la malpropreté.

Dans une dispute un homme est renversé; en tombant, il se fait une entorse qui serait dissipée en quelques jours par le repos et un traitement convenable. Mais le malade, au contraire, se livre à ses occupations, ne se traite pas et son pied s'engorge; plus tard il est forcé de garder le lit et pendant fort long-temps, puis il réclame à son adversaire de gros dommages et intérêts. Biessy de Lyon, médecin au rapport, raconte l'histoire d'un homme qui reçut une blessure assez légère au front, il

continua ses travaux sans recourir aux soins d'un homme de l'art, et mourut 47 jours après son accident.

Par son indocilité à se soumettre à l'emploi des appareils nécessaires pour la consolidation des os fracturés ou démis, pour la cicatrisation de certaines plaies, un malade retarde sa guérison et peut demeurer infirme. Tous les jours on rencontre dans les hôpitaux des gens tellement insoumis, qu'ils refusent opiniâtrément de subir le traitement convenable, et c'est par pusillanimité ou par tout autre motif.

Mais ce sont surtout les écarts de régime qui conduisent aux plus fâcheuses conséquences; ainsi, dans une plaie de tête, l'on verra se développer des érysipèles très-graves, et les accidents cérébraux qui en sont la conséquence compromettront les jours du blessé. Un homme reçoit à la tête un éclat de fonte lancé par une explosion de poudre : une large portion du frontal est enlevée, il y a perte de substance cérébrale. Par les soins entendus que cet homme reçoit, il résiste pendant 29 jours aux accidents consécutifs, et l'on avait tout lieu d'espérer qu'il guérirait, lorsqu'il tombe tout-à-coup dans le délire et meurt. A l'autopsie, on trouva des fruits verts dans l'œsophage et l'estomac.

A la suite d'une blessure même légère, un malade se promène dans une cour, un corridor, par un temps froid et humide, et le tétanos s'empare de lui. Un autre, au contraire, a l'imprudence de s'exposer aux ardeurs d'un soleil brûlant qui déterminera une congestion sanguine, dont la mort pourra devenir une conséquence.

Si, malgré la recommandation du médecin, un blessé se livre aux plaisirs de l'amour; s'il cède au désespoir, à la colère; si l'ennui, la nostalgie s'emparent de lui, la cicatrisation s'arrêtera, rétrogradera même, et la plaie, de simple qu'elle était, pourra devenir funeste. Quelques malades, par des mouvements inconsidérés, ou bien encore aveuglés par la passion, sont portés à enlever les pièces d'appareil.

D'autres malades, animés par la cupidité, cherchent à prolonger la durée d'une blessure par toutes les manœuvres possibles, sachant qu'ils obtiendront des dommages et intérêts, en raison du temps qui se sera écoulé pour leur guérison. Le médecin qui soupçonnerait une pareille mauvaise foi,

prendra toutes ses précautions pour s'assurer que son appareil n'a pas été dérangé, et que l'on n'a pas introduit entre les lèvres de la plaie des substances étrangères plus ou moins irritantes, dans le but coupable de retarder la cicatrisation et d'envenimer la blessure.

Les personnes qui entourent le malade pourraient opposer des obstacles aux secours que voudraient donner les hommes de l'art : ces personnes pourraient agir d'une manière fâcheuse sur le blessé, au physique comme au moral ; elles pourraient administrer des soins mal entendus, refuser les médicaments prescrits et convenables, troubler un repos nécessaire, effrayer le patient sur son état. L'on avait pratiqué l'ablation de la verge pour un cancer de cet organe. L'opéré, jeune encore, était en bonne voie de guérison et sur le point de quitter l'Hôtel-Dieu, lorsque quelqu'un se permit une mauvaise plaisanterie sur son compte. Dès ce moment le malheureux est pris des idées les plus sombres, et dans la nuit suivante le délire s'empara de cet homme qui succomba.

Mais trop souvent c'est par la négligence ou l'ignorance de l'homme de l'art qu'une blessure simple par elle-même devient sérieuse, ou du moins se cicatrise avec lenteur. Un chirurgien maladroit, téméraire ou trop timide ne saura pas arrêter une hémorrhagie, il laissera un corps étranger dans la solution de continuité, et alors le blessé perd trop de sang, l'inflammation et toutes ses conséquences s'empareront du membre, et l'élimination du corps étranger fera courir de grands dangers au malade. Enfin, l'on peut reprocher au chirurgien de n'avoir pas employé le traitement le plus convenable, ou même d'avoir eu recours à une thérapeutique contraire. On comprend combien est délicate la position de l'expert appelé à donner son avis en pareil cas : il n'est pas toujours aisé de se prononcer nettement. L'on aura égard aux secousses imprimées au membre malade par un transport trop rude, par le cahos d'une voiture non suspendue.

Comme circonstances aggravantes de blessure et survenues après coup, restent toutes celles qui ne dépendent ni du blessé, ni de ceux qui l'entourent et lui donnent des soins : je veux parler des circonstances hygiéniques. Un individu atteint d'une blessure légère est pris pendant son traitement d'une fièvre grave ; s'il succombe, le coupable n'est pas

responsable de sa mort : c'est ce qui a été vu à l'époque d'une épidémie avec gangrène, pétéchies, bubons, parotides. Dans une dispute, Sylvius frappe son adversaire à la tête : la plaie était assez légère pour que le blessé pût vaquer à ses affaires ; mais, quatre jours après, une maladie épidémique qui régnait à Rome se déclare avec des symptômes effrayants et fait mourir le blessé. Zacchias consulté prouva que la blessure était trop légère pour donner lieu à des suites capables d'entraîner la mort, et sauva Sylvius de la peine capitale qui le menaçait. Il faut donc bien avoir égard à certaines constitutions médicales régnantes, car leur influence peut être si fâcheuse que toutes les plaies en soient aggravées. Ambroise Paré raconte qu'au siége de Rouen les assiégés et les assiégeants s'imaginaient que les armes de leurs ennemis étaient empoisonnées, parce qu'ils voyaient toutes les blessures, les plus légères comme les plus graves, être suivies d'accidents formidables. Donat rapporte qu'il en fut de même au siége de Mantoue.

Une chaleur trop forte, un froid excessif, une température variable, ne sont pas sans influence sur les malades. L'air des grands hôpitaux est malsain, surtout quand il y a encombrement : certaines salles jouissent plus spécialement de ce triste privilége : c'est alors que l'on voit se déclarer la pourriture d'hôpital. Toute solution de continuité des parties molles, si peu grave qu'elle soit, le deviendra nécessairement si la pourriture s'en empare. Si le blessé est couché dans un appartement étroit, mal aéré, infect, humide, toutes ces circonstances auront une influence fâcheuse qui retardera sa guérison.

Voilà autant de causes capables d'aggraver une blessure que le médecin devra signaler dans son rapport. En étudiant bien leur influence, il prouvera qu'elles ont retardé la guérison du blessé, et la sentence prononcée contre le coupable sera moins sévère ; car, dans toutes les circonstances énoncées ci-dessus, le coupable ne sera pas responsable des événements survenus, ils étaient indépendants de sa volonté.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Des vaisseaux artériels et veineux qui avoisinent le canal inguinal et le canal crural.

La connaissance des vaisseaux artériels et veineux qui avoisinent le canal inguinal ainsi que le canal crural, est de la plus grande importance en chirurgie, à cause des opérations fréquentes que l'on pratique au pli de l'aine, l'hémorrhagie étant un des plus graves accidents que l'on cherche à éviter.

On appelle canal inguinal cette portion de la gouttière du grand oblique, parcourue chez l'homme par le cordon spermatique, et chez la femme par le ligament rond : ce canal est plus dilaté chez l'homme à cause de la descente du testicule, qui n'a lieu que dans les derniers mois de la grossesse.

L'anneau crural est cette ouverture limitée en dehors par le muscle psoas, en dedans par le ligament de Gimbernat ; cet anneau est divisé en deux portions, une interne béante et bouchée par un tissu cellulaire assez lâche ; l'autre, externe, est précisément ce que les anatomistes appellent canal crural : il représente une sorte de gaîne par laquelle passent les vaisseaux fémoraux.

Artère obturatrice. La première artère intéressante à étudier c'est l'obturatrice, qui est fournie ordinairement par l'hypogastrique. Elle se porte directement d'arrière en avant, sort du bassin par le trou sous-pubien, et arrive à la partie supérieure et interne de la cuisse, où elle donne deux rameaux distingués en interne et externe.

Anomalies. L'artère obturatrice peut naître de l'ombilicale, de la fessière, quelquefois aussi de la partie supérieure de la fémorale, mais plus souvent de l'iliaque externe ou de l'épigastrique. Quand elle provient d'une de ces deux dernières, elle descend obliquement derrière la branche horizontale du pubis avant de s'engager dans le trou sous-pubien. C'est dans ces cas que le débridement de l'anneau est dangereux, parce que le col du sac herniaire se trouve environné d'un véritable cercle artériel. Enfin, quand l'obturatrice est donnée par la fémorale, elle remonte le long de la cuisse pour se rendre à sa destination.

Veine obturatrice. Elle diffère de l'artère qu'elle accompagne, en ce qu'elle ne provient pas uniquement de l'hypogastrique; elle est formée de deux racines qui naissent l'une de celle-ci, l'autre de l'iliaque externe.

Artère épigastrique. L'artère iliaque externe qui fait suite à la primitive s'étend jusqu'à l'arcade crurale, auprès de laquelle elle donne naissance à l'épigastrique, seconde artère qui offre encore le plus grand intérêt. L'épigastrique née en dedans de l'iliaque externe, au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal, à deux ou trois lignes au-dessus de l'arcade crurale, se porte obliquement en dedans, glisse derrière le canal inguinal le long du côté interne de son ouverture abdominale, où elle décrit une légère courbure à concavité supérieure et externe, et de là va obliquement au côté externe, puis, enfin, au côté postérieur du muscle droit abdominal. Au niveau de l'arcade crurale, elle est comprise entre le péritoine et le *fascia transversalis;* elle fournit assez constamment une artériole au canal inguinal.

Anomalies. L'artère que nous décrivons peut être fournie par l'iliaque un peu plus haut que le point indiqué précédemment; d'autres fois, elle vient de la partie supérieure de la fémorale, mais très-rarement de l'obturatrice.

Veine épigastrique. Cette veine ne présente rien de bien particulier, si ce n'est qu'elle est double quelquefois. Elle est fournie par l'iliaque externe au niveau de l'arcade, et suit l'artère dans toutes ses distributions.

Artère crurale. C'est la continuation de l'artère iliaque externe; elle descend obliquement du milieu de l'arcade crurale à l'anneau du troisième adducteur. A son origine, elle est logée dans le canal crural; en haut et en avant, elle répond aux ganglions lymphatiques du pli de l'aine, au feuillet superficiel du *fascia lata* et à la peau; en arrière, elle repose sur le muscle pectiné et la branche horizontale du pubis; en dehors, elle est en rapport avec le nerf dont elle n'est séparée que par une lame aponévrotique; en dedans, enfin, elle est accolée à la veine crurale.

Anomalies. L'on a rencontré deux troncs à cette artère.

Veine crurale. La veine iliaque externe est placée en dedans de l'artère du même nom et un peu en arrière, puis elle lui devient inférieure sur le pubis; de-là part une petite branche qui pénètre dans le canal inguinal par son orifice supérieur. La veine crurale n'est que la continuation de l'iliaque externe. En haut, elle est d'abord placée au-devant de l'artère crurale; dans le canal elle lui devient postérieure et interne, puis, enfin, tout-à-fait postérieure. Elle est remarquable entre toutes les veines par la gravité de ses lésions qui sont, pour ainsi dire, mortelles.

Artère honteuse externe superficielle. C'est la dernière artère un peu remarquable qui nous reste à signaler; c'est une des branches internes de la fémorale: elle prend naissance au-dessous de l'arcade crurale, donne deux rameaux: l'un supérieur qui remonte vers le pubis; l'autre inférieur, qui n'est que la continuation du tronc, se rend au scrotum et à la verge chez l'homme, il se perd dans la grande lèvre chez la femme.

Veine honteuse. Elle ne ressemble pas à l'artère pour ses distributions, car elle se termine aux corps caverneux.

Toutes les branches antérieures qui naissent de l'artère fémorale sont trop petites pour nous occuper; d'ailleurs, leur existence et leur origine ne sont pas constantes. Il y a pourtant la sous-cutanée abdominale qui ne manque presque jamais: sa naissance a lieu au-dessous de l'arcade crurale.

L'on peut répéter la même chose pour les veines. Nous ferons aussi une exception pour la saphène interne. Cette veine, qui n'est satellite

d'aucune artère, naît à dix lignes environ au-dessous de l'arcade, et sort par l'ouverture inférieure du canal crural en se dirigeant en bas et en dedans, puis en arrière, placée entre l'aponévrose et la peau.

En parlant du cordon spermatique qui traverse le canal inguinal, c'est dire que l'artère spermatique et les deux veines de même nom qui l'accompagnent, passent par ce canal pour se distribuer au testicule et à l'épididyme.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Comment reconnaître si le kermès minéral a été falsifié par du sesqui-oxyde de fer?

Le kermès minéral étant d'un prix assez élevé, il peut se faire qu'on le falsifie par le mélange de différentes substances, telles que la brique pilée, l'ocre brulée, le sesqui-oxyde de fer, etc.

Si l'on soupçonne cette dernière espèce de sophistication, c'est à un procédé chimique qu'il faudra recourir pour s'assurer de la vérité; car les sens ne pourront être que d'un faible secours dans cette analyse. Un mélange de kermès minéral et de colcothar donnera la couleur rouge brun qui appartient à ces deux produits séparément; tous deux sont inodores, insipides, le colcothar aurait pourtant une légère saveur styptique; au toucher, le kermès offre quelque chose de doux, de velouté, tandis que le grain du sesqui-oxyde de fer est plus rude, plus grossier. Mais des différences aussi peu sensibles seront inappréciables quand on examinera le mélange.

En traitant par l'eau régale, la fraude se reconnaîtra facilement.

L'eau régale est formée avec: acide azotique une partie, acide hydro-

chlorique trois parties. Les deux acides, en se combinant, réagissent l'un sur l'autre de telle façon qu'ils sont décomposés : le premier en acide hypoazotique et oxigène, le second en hydrogène et chlore. L'hydrogène et l'oxygène se combinent ensemble pour former de l'eau ; le chlore et l'acide hypoazotique restent mélangés dans la solution.

Pour comprendre la réaction de l'eau régale sur le kermès minéral, il est important de connaître sa nature ; mais, à ce sujet, diverses opinions ont été émises par les chimistes : ainsi les uns le regardent comme un hydrosulfate d'antimoine, les autres comme une combinaison triple de protoxyde d'antimoine, de sulfure d'antimoine et d'eau ; ce serait donc un oxysulfure d'antimoine hydraté. Quoi qu'il en soit, il entre dans la composition du kermès minéral de l'antimoine et du soufre ; ce sont les deux seuls corps dont nous aurons besoin pour donner l'explication de ce qui se passera, quand nous verserons dans l'eau régale cette poudre que nous soupçonnons être un composé de kermès et de colcothar.

L'antimoine contenu dans le kermès sera transformé en acide antimonique par la décomposition de l'acide hypoazotique, et le soufre en acide sulfurique ; le sesqui-oxyde de fer, s'il y en a, se transformera de son côté en sesqui-chlorure de fer.

Pour s'assurer que les choses se passent ainsi, il ne s'agira donc plus que de séparer l'acide antimonique du sesqui-chlorure de fer formé : cette séparation, nous l'obtiendrons facilement, car la première substance est insoluble, la seconde au contraire est très-soluble. Nous filtrerons, et si dans la liqueur nous parvenons à constater la présence d'un sel de fer, nous serons en droit d'affirmer que notre kermès était falsifié. Pour obtenir un tel résultat, livrons-nous à l'examen suivant.

Nous reconnaîtrons la présence du fer, si

1° La liqueur est colorée en jaune ou jaune rougeâtre.

2° Elle précipite en bleu foncé par le prussiate de potasse (bleu de Prusse).

3° Elle ne précipite pas par le cyanure rouge de potassium.

4° Etant privée de l'excès d'acide par l'addition d'une certaine quantité

d'ammoniaque, elle précipite en noir bleu par l'infusion de noix de galles (gallate de fer).

5° Elle précipite en brun par la potasse (sesqui-oxyde de fer).

Il ne faut pas oublier que dans cette expérience l'eau régale doit être employée bouillante, parce que la réaction se ferait très-mal à la température ordinaire.

L'acide antimonique resté sur le filtre se reconnaîtra à sa couleur blanche et légèrement jaune.

Fin.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, *Examinateur.*	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, Président.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND, *Exam.*
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE, *Exam.*
FRANC.
JALLAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Matière des Examens.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène; Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.